

# Ambiente clínico académico de las residencias médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla

JUAN HERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ,<sup>1</sup> LUZ KARINA RAMÍREZ-DUEÑAS,<sup>2</sup>  
ANA LUISA ROCO-ZÚÑIGA,<sup>3</sup> MARÍA URBELINA FERNÁNDEZ-VÁZQUEZ<sup>4</sup>



## Resumen

El ambiente clínico académico hospitalario en la formación de médicos residentes es importante en el proceso de aprendizaje. Conocer la percepción y significado que tienen los médicos residentes sobre el ambiente clínico académico puede ser de ayuda para implementar mejoras en la formación médica. Nuestro estudio tiene diseño mixto, observacional, transversal, fenomenológico hermenéutico realizado en 80 médicos residentes para análisis cuantitativo y 28 médicos residentes para el análisis cualitativo. Se aplicó el instrumento “Postgraduate Hospital Educational Environment Measure” (PHEEM) y una entrevista estructurada para narrativa individual con preguntas abiertas con resultados de percepción global del ambiente educacional hospitalario más positiva que negativa con espacio para mejora  $n = 44$  (55.0%); diferencia significativa entre el tipo de especialidad  $\chi^2 p \leq 0.02$ . Resultados cualitativos denotan un ambiente educacional hospitalario cómodo y adecuado, con apoyo, respeto, pero sin tener una valoración perfecta del mismo siendo jerárquico, estresante, con sobrecarga de actividades en la residencia médica.

*Palabras clave:* Ambiente, Educativo, Médico, Residente, Especialidad.

## Academic Clinical Environment of Medical Residences at IMSS, Puebla

## Abstract

The hospital-academic clinical environment in the training of medical residents is important in the learning process. Knowing the perception and meaning that resident doctors have about the academic clinical environment can be helpful to implement improvements in medical training. Our study has a mixed, observational, cross-sectional, hermeneutical phenomenological design carried out on 80 medical residents for quantitative analysis and 28 medical residents for qualitative analysis. The instrument “Postgraduate Hospital Educational Environment Measure” (PHEEM) and a structured interview for individual narrative with open questions were applied with results of global perception of the hospital educational environment more positive than negative with room for improvement  $n = 44$  (55.0%); significant difference between the type of specialty  $X^2 p \leq 0.02$ . Qualitative results denote a comfortable and adequate hospital educational environment, with support, respect, but without having a perfect assessment of it, being hierarchical, stressful, with overload of activities in the medical residence.

*Keywords:* Environment, Educational, Medical, Resident, Specialty.

Recibido: 15 de marzo de 2022  
Aceptado: 9 de mayo de 2022  
Declarado sin conflicto de interés

- 1 Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Puebla, México. hdeez800272@gmail.com
- 2 Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Puebla, México. luzkramirez@gmail.com
- 3 Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 34, Puebla, México. draroco@gmail.com
- 4 Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Puebla, México. maryurbefer@gmail.com

## Introducción

**E**l ambiente clínico académico hospitalario apto favorece el aprendizaje de la medicina. Para fines de este estudio entendemos el ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje como el entorno de interacción académica-clínica del médico residente para el desarrollo, aplicación de conocimientos, refinamiento de habilidades procedimentales, así como la conformación de actitudes inherentes a su formación médica especializada en un medio hospitalario.

Los médicos residentes de especialidad que se forman en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se integran a ambientes educativos hospitalarios de aprendizaje con actores educativos de especialidad designados por la institución; incluso el propio médico residente es un actor educativo y es pilar de la enseñanza-aprendizaje teniendo un doble rol de aprendiz y de docente (Guinchad y Sánchez, 2020). De los actores educativos médicos-profesores (tutor-formador) y médicos residentes se espera realicen su desempeño clínico mostrando suficiencia de conocimientos especializados actualizados (Rizo Vázquez *et al.*, 2021). La formación de especialidad médica se fundamenta en el desarrollo de competencias clínicas cognitivas, procedimentales y actitudinales durante tres a cuatro o más años de estudio en caso de realizarse una subespecialidad; esta formación especializada se otorga y coexiste en un ambiente clínico académico hospitalario (Shimizu *et al.*, 2013).

El entorno de aprendizaje clínico es fundamental en la formación de profesionales de la salud. Un entorno subóptimo se asocia con atención adversa al paciente, resultados de aprendizaje insuficientes, un efecto negativo en el clima de trabajo. Se concibe que mejorar el entorno de aprendizaje clínico hospitalario trasciende en la práctica profesional una vez terminado el proceso formativo como médico residente (Nordquist *et al.*, 2019). El proceso formativo del médico residente se integra de instrucción académica, adiestramiento clínico e instrucción clínica complementaria; si se desarrollan en un ambiente clínico académico hospitalario pobre pueden ser generadoras de estrés, acoso laboral, deficiencias en la organización del trabajo académico laboral del residente y alteraciones en el bienestar físico y mental que afectan su formación profesional (Prieto-Miranda *et al.*, 2015). La formación del médico residente no debe tener limitaciones de recursos para ser competente, ético, profesional, ser un modelo a seguir por la socie-

dad (Lehmann *et al.*, 2018); para ello se requiere la presencia del médico-profesor responsable de la formación de médicos residentes; que acepta el compromiso y exige proporcionar el máximo de sus capacidades para la enseñanza aprendizaje. Desde la interacción de relación profesor-médico/médico residente se gesta el ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje el cual es único e irrepetible, con identidad propia; es una oportunidad para enseñar y aprender o bien para afectar el proceso formativo (Ramana Feeser *et al.*, 2019).

En el IMSS ser médico residente significa estar en un proceso de enseñar-aprender-convivir con profesores que tengan competencias docentes en relación con temas como ética, aprender a aprender, planeación didáctica, uso de tecnologías de información y comunicación, evaluación educativa y conocimientos disciplinarios propios de la especialidad (Hernández-Domínguez *et al.*, 2019) agregadas a su competencia clínica. Incluso el médico residente es capaz de aprender sin instrucción pedagógica, es autodidacta, tiene autonomía de ejercicio de su conocimiento ante la atención del paciente. Sin embargo, también existen ideas de “echando a perder se aprende” o de “sacar provecho de los errores”, situaciones que no son inadmisibles en la medicina (Hamui-Sutton *et al.*, 2018).

El instrumento “Postgraduate Hospital Educational Environment Measure” (PHEEM), valora el ambiente educacional hospitalario en tres dimensiones: 1) Percepción de autonomía (PA), 2) Percepción de la enseñanza (PE), 3) Percepción de soporte social (PSS) (Castro-Rodríguez *et al.*, 2018). Existen también indagaciones cualitativas vinculadas a la percepción del ambiente clínico en médicos residentes; por ejemplo, la percepción en la interacción del ambiente clínico de aprendizaje laboral con su profesor (Vera Muñoz *et al.*, 2019) que arrojan resultados como “Es un excelente especialista, pero no asiste a su consulta externa donde más lo necesita uno como residente para apoyo”, “Le falta más empatía con los residentes sobre todo en los casos de asuntos personales, es poco comprensiva” (Hamui-Sutton *et al.*, 2018). Tanto la descripción de resultados cuantitativos como la comprensión de la narrativa cualitativa son datos que pueden ayudar a la mejora de estos ambientes y a favorecer la subcultura profesional de los médicos residentes (Hamui-Sutton *et al.*, 2014).

Garantizar un ambiente clínico académico hospitalario de excelencia en residencias médicas es esencial para adquirir la competencia clínica; se requiere evaluar esos ambientes como un elemento mejorar la

atención al paciente y fortalecer las necesidades formativas de futuras generaciones (Domínguez, 2018). Todo ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje es diferente, pero se deben de facilitar las funciones y responsabilidades del médico residente, otorgar seguridad para el ejercicio profesional, tener una razonable cantidad de actividades y ausencia de discriminación (Medina *et al.*, 2020). Las experiencias de aprendizaje son oportunidades irrepitibles, las experiencias más intensas e inolvidables ocurren cuando se tiene el aprendizaje experiencial, se viven, se sienten, dejando un recuerdo imborrable y aprendizajes significativos para toda la vida (Sánchez-Mendiola, 2014). En nuestro caso, como institución pública no obviamos esta situación, en el sentido de que la atención debe ser la mejor vinculada a un ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje de excelencia, lo cual hace necesario medirlo en diversas especialidades para , ampliar el panorama educativo (Aliaga *et al.*, 2017; Arce Antezana *et al.*, 2015).

Para comprender el significado de lo que vive el médico residente en su formación se ha usado la metodología inductiva basada en la Teoría Fundamentada para describir lo que vive un médico residente en su formación como especialista. En estudios cualitativos del ambiente clínico académico hospitalario con carácter exploratorio e interpretativo se encontraron datos de explicación no tan positivos en las interacciones de los testimonios de incidentes críticos explicitados por los médicos residentes referentes al funcionamiento de la organización, otorgar atención médica, disposición de recursos, vinculación de servicios hospitalarios, el proceso de enseñanza y aprendizaje y la toma de decisiones según la jerarquía. Esos significados fueron expresados en testimonios como “no se confunda doctor, yo no saco muestras” o bien “en primer año los residentes se topan con personalidades difíciles y autoritarias, para quienes las jerarquías son importantes, pero abusan de esa situación” (Acosta-Fernández *et al.*, 2022; Hamui-Sutton *et al.*, 2014). En nuestra investigación tratamos de describir desde la narrativa aspectos que integran el significado de la autonomía, la enseñanza y soporte social desde la perspectiva del médico residente. Por otra parte, nuestro objetivo de descripción cuantitativo es determinar la percepción del ambiente clínico académico que tienen los médicos residentes en los cursos de especialización médica y el propósito desde el enfoque fenomenológico hermenéutico es conocer el significado de la percepción que tienen los médicos residentes sobre su ambiente.

## Método

### Tipo de estudio

Estudio mixto, observacional, transversal, fenomenológico hermenéutico.

### Participantes

Muestra por conveniencia de 80 médicos residentes de la institución médica mencionada. En el análisis cuantitativo, tamaño de muestra de 28 para el análisis cualitativo.

### Instrumento

Se aplicó el “Postgraduate Hospital Educational Environment Measure” (PHEEM) y una entrevista narrativa estructurada individual con preguntas abiertas.

El PHEEM tiene confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,95, 40 ítems en escala Likert con cinco opciones de respuesta (valor 0 a 4 puntos). La percepción global del PHEEM es 121-160 puntos: ambiente educacional excelente; 81-120: ambiente educacional más positivo que negativo con espacio para mejorar; 41-80: ambiente educacional con muchos problemas; y de 0-40: ambiente educacional muy pobre. tres dimensiones: 1) Percepción de autonomía (PA), 2) Percepción de la enseñanza (PE), 3) Percepción de soporte social (PSS) (Castro-Rodríguez *et al.*, 2018)

La dimensión de PA de 43-56 puntos dentro percepción excelente del trabajo de cada uno, de 29-42: percepción más positiva del trabajo de cada uno; de 15-28: visión negativa del rol de cada uno; y de 0-14: percepción muy pobre de cada uno. La dimensión PE de 46-60: profesores modelos; 31-45: encaminada en la dirección correcta; 16-30: necesidad de algún reentrenamiento; 0-15: calidad de la enseñanza muy pobre. La tercera dimensión, PSS, 34-44 puntos: ambiente bueno y apoyador; de 0-11: ambiente inexistente; los intermedios, de 23-33: más pros que contras; y 12-22: lugar poco placentero.

Los ítems que corresponden a PA son las preguntas 1, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 29, 30, 32, 34 y 40. Los ítems de PE son: 2, 3, 6, 10, 12, 15, 21, 22, 23, 27, 28, 31, 33, 37 y 39. Los ítems de la dimensión PSS: 7, 13, 16, 19, 20, 24, 25, 26, 35, 36 y 38. Los ítems 7, 8, 11, 13 son enunciados negativos e invertidos en puntos (Concepción Gómez & Asprilla González, 2017).

### Procedimiento

Estadística descriptiva con medidas de frecuencia y tendencia central, X<sup>2</sup> cuadrada, comparación de

**Cuadro 1. Puntuación Percepción general del ambiente educacional hospitalario**

Percepción por dimensión	Puntaje promedio	Desviación estándar	Mediana	Clasificación del subdominio
(PAEH)	110.91	25.99	108.50	PAEH más positivo que negativo con espacio para mejora
PA	39.91	9.26	39.50	PA más positiva del trabajo de cada uno
PE	42.43	10.37	42.50	PE encaminada en la dirección correcta
PSS	28.48	7.51	28	PSS más pros que contras

Fuente: Elaboración propia.

medias con programa SPSS versión 22. En el análisis de la narrativa escrita de la entrevista se utilizó el programa Atlas Ti 22 en nivel textual. Categorías identificadas en el análisis cualitativo son autonomía, enseñanza y soporte social, percepción general, recomendaciones para la institución. En la ordenación de códigos en familia siendo 3 subcategorías por PA, PE y PSS. Se solicitó consentimiento informado para responder el instrumento PHEEM y la entrevista.

## Resultados

Se estudiaron 80 médicos residentes de especialidades en Medicina Familiar, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Urgencias Adultos, Medicina Interna, Anestesiología y Patología. Las edades de los participantes fueron: máxima 41 años, mínima 25 años, media de 30.04 años, rango de 16. El género masculino fue predominante (52.5%) en comparación con las mujeres (47.5%). Los valores sociodemográficos más altos fueron: la religión católica presente en 81.3%, estado Civil soltero en 70.0%, número de dependientes económicos ninguno (63.8%), curso de especialización en 46.2% para Medicina Familiar, Cirugía 11.2%, Ginecología y Obstetricia 15.0%, Urgencias Adultos 6.3%, Medicina Interna 11.3%, Anestesiología 5.0% y Patología 5.0%; tipo de especialidad área médica fue 72.5% y área quirúrgica 27.5%. Conforme al año de residencia, en primer año 35.0%, segundo año 51.3%, tercer año 13.7%. Por unidad de rotación en segundo nivel de atención médica fue en 78.8% y Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) 21.2%.

La percepción global del ambiente educacional hospitalario fue más positiva que negativa con espacio para mejora  $n = 44$  (55.0%); ambiente educacional excelente  $n = 26$  (32.5%), con ambiente educacional con muchos problemas  $n = 10$  (12.5%). Resultado general de percepción en el rol de autonomía (PA)  $n = 45$  (56.2%) con percepción más positiva del trabajo de cada uno, seguido de una percepción excelente de

cada uno  $n = 30$  (37.5%) y una visión negativa del rol de cada uno  $n = 5$  (6.3%). En rol de percepción de enseñanza (PE)  $n = 41$  (51.2%) encaminado en la dirección correcta, profesores modelos  $n = 29$  (36.3%), con necesidad de algún reentrenamiento  $n = 10$  (12.5%). Respecto a percepción de soporte social (PSS)  $n = 45$  (56.2%) predominaron más pros que contras seguido de un ambiente bueno y apoyador  $n = 21$  (26.3) y lugar poco placentero  $n = 14$  (17.5%) (ver Cuadro 1).

La variable tipo de especialidad con PAEH obtuvo diferencia significativa (ver Cuadro 2).

Las medias por subdominio de percepción del ambiente educacional hospitalario se muestran en el Cuadro 3.

Los resultados promedio de cada ítem considerando todas las especialidades que contribuyen a un buen PAEH se ubican por encima de 3, con bajo fomento para el PAEH menor a 3 siendo más desfavorada la dimensión de PSS (ver Cuadro 4).

Se obtuvieron los promedios y se realizó la comparación de las dimensiones del ambiente educacional hospitalario encontrando diferencia significativa en las mismas (ver Cuadro 5).

La puntuación promedio del PAEH por especialidad fue: en Medicina Familiar 123 pts.; Cirugía 97 pts.; Ginecología y Obstetricia 96 pts.; Urgencias Adultos 100 pts.; Medicina Interna junto con Anestesiología 104 pts; y Patología 108 pts. Considerando que Medicina Familiar tiene rotaciones alternas en las unida-

**Cuadro 2. Tipo de especialidad**

Ambiente educacional hospitalario		
Tipo de especialidad	Media	DE
Médica	116.36 $n = 58$ (72.5%)	24.38
Quirúrgica	96.55 $n = 22$ (27.5%)	25.10
sig.		.002

Fuente: Elaboración propia.  $X^2 p \leq 0.02$ .

**Cuadro 3. Dominios de percepción del ambiente educacional hospitalario por tipo de especialidad**

Tipo de especialidad	PA		PE		PSS	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Médica	41.72	8.50	44.47	9.68	30.21	7.08
Quirúrgica	35.14	9.67	37.05	10.42	23.91	6.80
Significancia	.004		.004		.001	

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 4. Resumen de ítems de PAEH**

Ítem	Dimensión PA	Promedio ± DE	Promedio de ítems por dimensión
14	Tengo guías claras acerca de mis actividades clínicas en esta rotación clínica.	2.54 ± 1.13	2.84
9	Hay un manual informativo de la rotación clínica para los estudiantes	2.10 ± 1.47	
Ítem	Dimensión PE		
12	Existen las facilidades para participar en otras actividades docentes sin interferir con clases o pruebas de evaluación de otros cursos.	2.11 ± 1.31	2.83
21	Hay acceso a un programa educacional relevante con objetivos explícitos para mis necesidades.	2.65 ± 1.04	
Ítem	Dimensión PSS		
26	Hay facilidades adecuadas para obtener comida y bebidas (casinos-café-tería).	1.93 ± 1.30	2.58
36	Tengo mucha entretención fuera de las actividades de esta rotación clínica.	2.08 ± 1.22	

Fuente: Elaboración propia.

des hospitalarias, resultó con ambiente educacional excelente a diferencia del resto especialidades con sede en hospital que consideran su ambiente educacional hospitalario más positivo que negativo con espacio para mejorar.

En el análisis reflexivo desde la narrativa de la entrevista en la categoría percepción de la autonomía se describen 3 subcategorías de autonomía:

1. *Comportamiento dentro del ambiente clínico:* a) Elementos que favorecen (R3 MF, R2 PAT, R2 URG, R1 MF), "Al inicio de mes se nos asigna un doctor", "rol a desempeñar", "horarios de actividades clínicas", "trabajo", "repartición de pendientes", "agradables las personas", "me han enseñado mucho, motivan, aconsejan para que aprenda más", "buena convivencia entre pares, profesores titulares", "permiten practicar", "revisión literaria"; b) Elementos que no favorecen (R2 GYO, R2 MI, R2 PAT, R2 URG), "No tenemos horario de salida definido", "calcular el

tiempo de llegada al hospital en relación de pacientes que tenemos para notar", "carga de trabajo demandante", "uno se ocupa de todos los pacientes cuando somos pocos", "estrés laboral constante, llamadas telefónicas fuera del horario laboral", "actividades que no nos corresponden", "trasladar pacientes", "...llamar familiares", "nula comunicación por parte del jefe", "incapacidad para desarrollar mis actividades teórico práctica", "no hacíamos las comidas ni desayuno", "presionado", "mi existencia como persona no le importa a nadie".

2. *Interacciones:* a) Elementos que favorecen (R2 URG, R3 MF, R2 PAT): "Trato con respeto, profesionalismo", "llamado por mi nombre", "ha cambiado el círculo vicioso de maltrato laboral o las jerarquías", "competencia entre residentes", "salvando diferencias de opinión", "empáticos", "trabajo colectivo", "directivos, adscritos, profesores tiene claro el apoyo que les brindamos"; b) Elementos que no favorecen (R3 MF, R2 GYO, R2 MI, R2 URG), "Relación jerárquica, elitista", "prioridad marcada al grado académico", "los adscritos no te dan la autoridad como R", "tareas innecesarias", "Rs menos no son respetuosos", "médicos de antigüedad suelen pedir un trato especial", "trato hostil por jefes de

**Cuadro 5. Comparación entre dimensiones PAEH**

Dimensión	PA	PE	PSS
Rango promedio	141.35	155.68	64.48
Kruskal Wallis sig. 0.000			

Fuente: Elaboración propia.



enfermeras”, “apatía”, “comparaciones como de *en mis tiempos, ya no hacen los residentes como antes*”.

3. *Nivel de autonomía en la práctica asistencial*: a) Elementos que favorecen (R3 MF, R2 MI, R2 URG): “El nivel formativo”, “las rotaciones médicas, los profesores se aseguran inicialmente de los conocimientos, refuerzan”, “permite la realización de los procedimientos”, “con supervisión”, “casi exclusivos del residente”, “única persona a cargo del paciente, indicaciones, notas médicas”, “siempre que explique”, “con conocimientos teóricos”; b) Elementos que no favorecen: (R3 MF, R2 GYO, R2 URG): “Depende del servicio”, “admisión médica continua tienes prácticamente un setenta y cinco por ciento de autonomía, en reumatología puede ser máximo el veinticinco por ciento, procedimientos realizados por el médico”, “no eres parte del equipo de trabajo”, “trabajador de *realizar o hacer pendientes*”, “siento miedo de la crítica, la manera en la que se penalizan algunas situaciones adversas asociadas a dichos procedimientos”.

Respecto a la categoría percepción de la enseñanza se describen textualmente las siguientes subcategorías:

1. *Actuación de la enseñanza del docente*: a) Elementos que favorecen (R3 MF, R2 MI, R2 URG, R1 MF): “Complementario entre la teoría-práctica”, “docentes se apasionan en explicar”, “responsables en nuestra enseñanza”, “han brindado acompañamiento”, “comparte información, apoya con técnicas de procedimientos”, “con aptitudes, facilidad para la enseñanza, recalcan importancia de autoaprendizaje, constancia, actualización, muestran verdadero interés en nuestra formación enfocada a nuestro perfil”; b) Elementos que no favorecen (R3 MF, R2 GYO, R2 MI, R2 PAT, R2 URG): “...pocos adscritos se prestan a proceso educativo”, “tienen el conocimiento, sin embargo, no logran transmitirlo”, “depende del turno del docente como nos perciben como persona”, “moderadamente involucrado, pudieran contribuir un poco más en clases”, “(que el) profesor titular no fuera al mismo tiempo el jefe de departamento”, “se requieren más clases, profesores”, “falta médicos actualizados, disposición para dar clases, que respeten los horarios de clases”, “se molestan si llegas tarde o sales antes por estar en clases”, “formas de enseñar traen consecuencias negativas”, “castigar, nos infunden miedo o bastante estrés”, “prioriza la atención a los pacientes sobre la enseñanza”.

2. *Promoción del aprendizaje*: a) Elementos que favorecen (R3 MF, R2 URG, R1 MF), “...enseñanza con las actividades complementarias, casos clínicos”, “uno la busca intencionadamente”, “actitud que muestra el residente”, “aprendizaje autodidacto es esencial”; b) Elementos que no favorecen (R2 GYO, R2 MI, R2 URG, R1 MF): “no te permiten ser, ni dar una crítica sobre nueva información”, “a veces pasa a segundo plano ante la carga laboral”, “exceso de trabajo merma nuestros tiempos para el estudio”, “horarios deben ser respetados”, “necesitamos tiempo para descansar, reponer energía”, “servicio”, “no es posible asistir a clases”, “mejorar si tomaran en cuenta algunas otras perspectivas, dimensiones de nosotros como personas”, “capacidades, descanso, recreación, salud mental”, “podría mejorar la enseñanza estableciendo docentes con las capacidades en cuanto a tiempo e interés”.
3. *Evaluación desempeño académico*: a) Evaluación desempeño académico favorecedor (R3 MF, R2 MI, R2 GYO, R2 URG): “explicó áreas a evaluar en el aspecto cognitivo”, “diario”, “abarcando atención con el paciente, trabajo en equipo, participación”, “evaluado de manera más justa”, “de acuerdo a la normativa con estricto apego”, “es cómoda, accesible”, “es una preocupación menos”; b) Evaluación desempeño académico no favorecedor (R3 MF, R2 GYO, R2 URG), “...parte clínica emocional”, “con deficiencias”, “no nos dicen como se evalúa”, “calificación mejor a los más altos promedios”, “te califican dependiendo “como le caigas”, “como te perciben evalúan” “cómo nos consideran, sin ver desempeño laboral”, “mis habilidades, mi compromiso, no son valoradas”, “compañeros que no ponen el mismo empeño son más reconocidos”, “se toma más importancia a la actitud que al conocimiento”, “injusto”, “compañeros “hacen la barba” les va mejor por alguna situación llámese “detalle”, “café”, “regalo”, “dudoso, calificaciones, puntajes en evaluaciones escritas y verbales”, “creo que pudiera tener sesgo de ser demasiado subjetiva y bastante personalizada”.

La caracterización en la categoría soporte social integra la descripción textual de las subcategorías:

1. *Aspectos del entorno clínico*: a) Aspectos que favorecen (R2 MI, R3 MF, R2 URG): “...trabajo en equipo, sesiones clínicas, rotaciones clínicas”, “buena comunicación, asertividad y paciencia”, “respeto”, “libertad de tomar decisiones con los pacientes”,

“otorgamiento de guías”, “retroalimentación en entrega de guardia”, “cantidad de pacientes, compromiso de médicos por la enseñanza”; b) Aspectos que no favorecen (R2 GYO, R3 MF, R2 URG, R1 MF), “...no te dejan acudir a clases”, “mala organización de los profesores”, “mal apego a horarios”, “la contingencia por COVID 19”, “pandemia afectó la manera de desenvolvernos, cortó rotaciones, nos puso en situaciones de difícil trabajo como residentes”, “no contar con profesores de varias materias y las clases en línea”, “el cambio continuo de coordinadores de educación”, “profesores solicitan su retiro como titular”, “personal sólo se dedican a ver”, “ausentarse en clases por falta de médicos adscritos en el trabajo”, “hostilidad del personal eventual”, “algunos servicios no tengan disposición para dejarte asistir a clases”, “lo único que interesa es que saquemos el trabajo, no nuestro aprendizaje”, “malas instalaciones, ausencia de residencia digna, sufrir de maltrato laboral, no ambiente de aprendizaje por todos los adscritos”.

2. *Colaboración actores educativos*: a) Colaboración actores educativos que favorece (R3 MF, R2 MI, R2 GYO, R2 URG, R1 MF): “ambiente de respeto, comunicación favorece el apoyo entre compañeros”, “interés en la enseñanza de los de menor jerarquía”, “médicos de base, mis compañeros residentes de mayor jerarquía acompañaron al inicio, me enseñan muchas cosas para no rendirme”, “se fomenta sana competencia entre especialidades y residentes”, “titular y jefe de enseñanza excelente siempre preocupado por tener cursos en línea y presenciales, tareas y acompañamiento en procedimientos”, “opino que somos un buen equipo, me siento bastante cómodo, siempre he recibido apoyo y soporte”, “me tocó colaborar con personas que generaban un buen ambiente laboral y fomentan el trabajo en equipo”; b) Colaboración actores educativos que no favorece (R2 URG, R2 GYO, R3 MF): “Médicos adscritos poca colaboración para clases, poca disposición para dejarnos asistir”, “te critican, no dan retroalimentación, se fijan que se hace mal”, “jerarquía que limitaba el proceso formativo”, “muy desorganizado”, “los profesores en ocasiones evalúan mal a todos”, “pobre actitud de servicio, no dan ganas de aprender o cumplir con tareas y horarios establecidos”.

3. *Actuación de actores educativos ante dificultades de aprendizaje*: a) Aspectos que favorecen (R3 MF, R2 MI, R2 PAT, R2 URG, R2 GYO, R1 MF): “exigen artículos”, “actuar con respeto a las dificultades, nos entien-

den”, “ayudan al aprendizaje cuando alguien tiene problemas”, “compañerismo, apoyo”, “sinérgico para solucionar los factores que impidan el adecuado aprendizaje”, “se enseña de forma constante hasta alcanzar el objetivo de aprendizaje”, “sana competencia, resolución de problemas personales y laborales de forma discreta, sin ofensas, apoyarnos con la formación académica dependiendo del estrés y carga de trabajo entre Rs de la misma generación”, “docentes muestran apoyo para verificar los conocimientos”; b) Aspectos que no favorecen (R2 URG, R2 GYO, R2 MI, R3 MF): “No se sabe lidiar con ciertas características en la personalidad que llevan a la marginación y el aislamiento”, “actúa con rechazo, exhiben al alumno”, “hostilidad”, “comienzan a separar”, “indiferencia”, “se conforman al existir la dificultad, no he notado que les exijan más a esas personas, al contrario agregan a otro residente de apoyo para que realice el trabajo porque el residente con deficiencia no lo realiza”, “no reciben apoyo emocional y académico que necesitan”, “se deben buscar estrategias”, “no nos hacen trabajar en equipo, en el aprendizaje, sólo es criticado”, “más de atención para detectar esos casos, buscar la manera de mejorar su proceso de aprendizaje”, “es más fácil regañar y castigar que enseñar en el IMSS”.

La descripción general del ambiente educacional hospitalario se comprende en dos aspectos:

1. *Descripción general del ambiente*: a) Elementos que favorecen (R2 URG, R2 GYO, R3 MF, R1 MF): “...cómodo, adecuado”, “es bastante complejo mantenerlo así”, “con mis compañeros de grado excelente, se preocupan, te apoyan, enseñan, comentan experiencias con profesores; titular se preocupa porque estudiemos, buscar sedes de rotaciones externas, por nuestra salud física-mental”, “en cuanto a competencias quirúrgicas la verdad es muy bueno, tenemos práctica”, “permite el desarrollo de las diferentes aptitudes”, “con accesibilidad para resolución de problemas”, “agradable, amistoso, interesante, completo, permite ver muchos pacientes”; b) Elementos que no favorecen (R2 URG, R2 GYO, R2 PAT, R2 MI, R3 MF): “Estresante”, “regular”, “no es tan bueno”, “del uno al diez daría unos siete puntos”, “educación deben priorizarlo”, “distribuir bien los programas operativos para no sobrecargar actividades que solo terminan desmotivándote”, “la disciplina se pierde, no es equitativo en algunos aspectos”, “complicado”, “cada grado va por su

lado”, “muy jerarquizado”, “insuficiente académicamente”, “falta comunicación y más interacción”.

2. *Recomendaciones a la institución* (R3 MF, R2 GYO, R2 MI, R2 URG, R2 PAT, R1 MF): “profesores abocados al residente”, “comunicación efectiva”, “quitar prioridades a compañeros”, “mejorar la calidad y atención al residente”, “fomentar integración de los tres grados”, “ser exigentes académicamente”, “se contrate a un adscrito para tutelar”, “mejorar actitud de adscritos. Promover la participación entre los diferentes servicios”, “en procesos de aprendizaje”, “mayor cercanía de directivos. Dar parte objetiva tanto programa operativo como clínico, teórico, no dejarse llevar por situaciones personales”, “promover investigación clínica”, “apego al programa”, “organización”, “respetar profesiogramas”, “mejor planeación”, “para que la enseñanza sea adecuada a nuestra realidad, respetar horario”, “quitar horas de castigo”, “respetar”, “alimentos”, “incrementar el número de residentes”, “organizar mejor los servicios”, “tomar mejores decisiones, sin presiones ni amenazas. Evitar “jornadas” para que cumplamos con las guardias”, “mejorar la formación a través de competencias clínicas”, “mejorar el ambiente de las clases”, “la metodología de clases. Ampliar áreas de descanso”, “mejorar alimentación a residentes”, “limitar la excesiva carga de trabajo”, “recuperar las rotaciones externas.

## Discusión y conclusiones

El ambiente clínico hospitalario representa un elemento importante para el aprendizaje de los médicos residentes, se reporta en el estudio realizado por Arce (2015) la medición del PAEH global con resultado de 83.85 considerándose ambiente educacional más positivo que negativo con espacio para mejorar. Nosotros encontramos un puntaje promedio mayor siendo de 110.91 identificado en la misma categoría de ambiente educacional más positivo. Respecto a los resultados promedios obtenidos por Arce (2015) en las dimensiones PA, PE y PSS (29.39, 32.18 y 22.28, respectivamente) son resultados similares a nuestro estudio en las dimensiones de PA y PE ( $39.91 \pm 9.26$ ; 56.3%) ( $42.43 \pm 10.37$ ; 51.3%); siendo diferentes en la dimensión de PSS donde obtuvo el resultado de un lugar poco placentero comparado con nuestro resultado ( $28.48 \pm 7.51$ ; 56.3%) con más pros que contras.

Respecto a los puntajes medios que describe Gómez (2017) de especialidad médica o posgrado clínico, obtuvo  $80 \pm 20.61$  puntos considerado como un

ambiente educacional con muchos problemas puntuación diferente a la encontrada en nuestro estudio por tipo de especialidad en el área médica con  $116.36 \pm 24.28$  y área quirúrgica  $96.55 \pm 25.10$  correspondiente a un ambiente educacional más positivo que negativo con diferencia significativa entre ambas ( $p \leq 0.02$ ); de igual forma se encontró diferencia significativa entre las tres dimensiones de percepción del instrumento PHEEM entre ambos tipos de especialidad (PA  $p \leq 0.04$ , PE  $p \leq 0.04$ , PSS  $p \leq 0.01$ ).

En el estudio realizado por Aliaga (2017) a 120 médicos residentes obtuvo en la evaluación de ítem de PA “me siento muy exigido” o “soy *beepeado* o ubicado a mi teléfono celular de forma inapropiada” con promedio de 2.20; nosotros encontramos el promedio más bajo en “existe un manual informativo de la rotación clínica para los estudiantes” seguido de “se tienen guías claras acerca de mis actividades clínicas en rotación clínica” (2.1; 2.54). En la dimensión de PE encontró evaluación baja en “tengo tiempo educacional protegido en esta rotación clínica” (2.66) a diferencia de nuestro resultado el ítem “existen facilidades para participar en otras actividades docentes sin interferir con clases o pruebas de evaluaciones de otros curso” con bajo promedio seguido de “hay acceso a un programa educacional relevante con objetivos explícitos para mis necesidades” (2.11; 2.65) respectivamente; finalmente este autor encuentra en la PSS, al igual que nuestro estudio, que el ítem “hay facilidades adecuadas para obtener comida bebidas” (1.83) fue el más afectado. En relación con los ítems mejor evaluados en nuestro estudio en dimensión PA “tengo el nivel apropiado de responsabilidad en esta rotación clínica” con promedio de 3.2, PE “mis profesores clínicos tienen buenas destrezas clínicas y PSS “hay discriminación por sexo en esta rotación clínica” (3.25; 3.44) contribuyen a un PAEH favorecedor. La comparación de promedios entre las dimensiones en nuestro estudio fue significativa teniendo la dimensión de PSS con menor evaluación.

La presencia de autonomía que tiene el médico residente puede ser entendida desde el ideal de la emancipación, del autogobierno, la realización de la libertad individual, la responsabilidad, la igualdad y el respeto por las elecciones individuales. Álvarez (2015) en su investigación de la autonomía personal y la autonomía relacional denota que la autonomía se opone a modelos de dominación y opresión; condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta, rechaza el negar reconocimiento moral, discriminación, marginación, autoritarismo. Autonomía



entendida como la capacidad de las personas en ejercicio de su *racionalidad* que revelan disposición moral y emocional del sujeto aunado a su *independencia* como aptitud del sujeto para distanciarse de influjos ajenos, de deseos y preferencias que no son suyas y configurarse las que tiene haber querido y escogido para sí (Álvarez, 2015). Nuestros resultados muestran que la autonomía, en acuerdo con la autonomía personal y relacional, está presente en el desarrollo de la aptitud del médico inserto en un comportamiento del ambiente donde su “rol a desempeñar y trabajo es respetado” y “permiten practicar”, con interacciones de “trato con respeto, profesionalismo” en el trabajo colectivo a manera de alcanzar niveles de autonomía en la práctica asistencial con “profesores que se aseguran inicialmente de los conocimientos”, la “realización de los procedimientos” que exige el ejercicio profesional del residente.

Tenemos presente en nuestro estudio la existencia de la heteronomía como imposición de reglas ajenas, sin consentimiento del sujeto afectado, con existencia de autoritarismo (Malishev, 2014) en el comportamiento del ambiente caracterizado por “horario abierto”, “llamadas fuera del horario laboral” donde “no importa nadie”; interacciones de talante “jerárquica”, “trato hostil” perjudicando el nivel de práctica asistencial del médico residente teniendo como consecuencia que “los procedimientos son realizados por el médico tratante” convirtiendo al médicos residentes en “trabajador de hacer pendientes”.

Respecto a la percepción de la categoría de la enseñanza; la postura epistemológica del constructivismo en la construcción del conocimiento humano apoyada en la Teoría sociocultural de Vygotsky donde la importancia del medio social y cultural del entorno del sujeto logra su conocimiento facilitado por métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje (García, 2020) queda expuesta la significación en la actuación de la enseñanza del docente “complementario entre la teoría y la práctica”, “docentes con aptitudes y “formación enfocada a perfil”, en la promoción del aprendizaje “intencionadamente”, “aprendizaje autodidacto es esencial” teniendo como referente una evaluación desempeño académico “cognitivo”, “justa”, “normativa”.

La ontología didáctica es *phronésica*, privilegia la sabiduría práctica desde lo experiencial y la mediación entre la teoría y la práctica con actos didácticos concretos que explican parte de lo que es la enseñanza (Francisco Carrera *et al.*, 2016); en contraparte a este sustento nuestra investigación en la actuación de la enseñanza del docente significa “pocos tienen el

conocimiento, sin embargo, no logran transmitirlo” existiendo “formas de enseñar (que) traen consecuencias negativas” limitando la promoción del aprendizaje que “pasa a segundo plano” con evaluación “emocional” condicionada a un “detalle”, “café”, “regalo” “subjetiva”.

Entendemos que tener soporte social tiene su relación con la salud y el bienestar de las personas; se conceptualiza soporte social como la ayuda emocional, instrumental o de otra índole, que se deriva de un determinado entramado social (Lombardo & Solivez, 2019). En nuestro estudio el soporte social se significa en aspectos que favorecen el entorno clínico como “trabajo en equipo...respeto...libertad...enseñanza” colaboración de actores educativos en “apoyo entre compañeros...sana competencia” siendo una actuación ante dificultades de aprendizaje con revisión de “artículos”, “alcanzar el objetivo de aprendizaje” y “resolución de problemas”. Existe el opuesto a un soporte social con aspectos desfavorecedores de los sujetos educativos siendo ellos los que propician o “no...dejan acudir a clases...mala organización...hostilidad”; aunado a otras condiciones como la “contingencia por COVID-19” que modificó en general las formas convivir, consecuente a esto existe “poca colaboración para las clases”, “pobre actitud de servicio”. En cuanto a los actores educativos profesores ante dificultades de aprendizaje, en nuestra investigación obtuvimos datos de “personalidad que lleva a la marginación y aislamiento” que transgrede a la formación del médico residente competente. En los datos recabados durante un año las menciones a la pandemia por COVID-19 no fueron recurrentes, pero sí fue un elemento de un todo de lo que significa el ambiente educacional para los médicos residentes.

Existe en nuestra investigación un ambiente educacional hospitalario complejo; decir que es cómodo, adecuado, que desarrolla actitudes y aptitudes en su momento no significa que sean características permanentes en el tiempo, la movilidad de las personas lo modifica incluso para convertirse en lo opuesto, ser un ambiente educacional hospitalario estresante, hostil con inequidad en las actividades propias del médico residente e insuficiente académicamente para la formación como especialista. El crecimiento institucional está descrito en recomendaciones explícitas en nuestro estudio. Tales recomendaciones van hacia el respeto del proceso de formación estipulado en los programas hasta la suficiencia de profesores e interacción afectiva, instalaciones ampliadas y dignas para estudio y descanso.

## Referencias

- Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M. de los Á., Torres-López, T. M. & Pozos-Radillo, B. E. (2022). Factores psicosociales y formación académica. Percepción de residentes y profesores. *MedicLatina*, 38 (1), 51-66.
- Aliaga, A. Á., Vázquez, R. O., Martínez, Y. B., García, Y. M. & Gómez, L. R. M. (2017). Evaluación del ambiente educacional en los residentes del hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes. *Multimed*, 21 (1), 21-40.
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, 35 (1), 13-26.
- Arce Antezana, O., Larrazábal Córdova, C. & Antezana Soria Galvarro, M. (2015). Aplicación del instrumento de encuesta PHEEM de Roff *et al.*, en residentes de especialidad médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón. *Gaceta Médica Boliviana*, 38, 47-51.
- Castro-Rodríguez, Y., Yoplac-López, B., Huamán-Aguilar, Lady & Lugo-Huertas, W. (2018). Ambiente educacional durante las prácticas hospitalarias. El caso de Odontología. *Investigación en Educación Médica*, 7 (28), 19-26.
- Concepción Gómez, R. A. & Asprilla González, J. A. (2017). Aplicación del cuestionario PHEEM a médicos internos en cinco hospitales de Panamá. *Investigación en Educación Médica*, S200750571730203X. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.007>
- Domínguez, L. C. (2018). Instrumentos para la evaluación del clima de aprendizaje en residencias médicas: Síntesis de la evidencia a la luz de las definiciones psicométricas. *Educación Médica*, 19, 335-349. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.015>
- Francisco Carrera, F. J., Gómez Redondo, S. & Bueno Ruiz, I. (2016). Ontología y didáctica: Una aproximación híbrida de base prudencial. *Hermes Analógica*, 7, 1-15.
- García, J. G. (2020). El constructivismo en la educación y el aporte de la teoría sociocultural de Vygotsky para comprender la construcción del conocimiento en el ser humano. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año VII, 2, Enero 2020.
- Guinchad y Sánchez, E. (2020). El médico residente como educador. *Acta Ortopédica Mexicana*, 34 (5), 336-339. <https://doi.org/10.35366/97999>
- Hamui-Sutton, A., Enríquez-López, P., Hernández-Bece-rril, C., Lavalle-Montalvo, C. & Vilar-Puig, P. (2018). ¿Qué opinan los residentes sobre sus profesores? Un enfoque cualitativo. *Educación Médica*, 19 (1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.11.003>
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C. & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: El aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3 (10), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72730-9](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72730-9)
- Hernández-Domínguez, J., Lara-García, B. & Díaz-Lara, K. A. (2019F.). Desempeño del docente egresado de los diplomas de profesionalización docente y satisfacción del alumno en las especialidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, sede Puebla. *Revista de Educación y Desarrollo*, 49. Abril-junio de 2019.
- Lehmann, L. S., Sulmasy, L. S. & Desai, S. (2018). Hidden Curricula, Ethics, and Professionalism: Optimizing Clinical Learning Environments in Becoming and Being a Physician: A Position Paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 168 (7), 506-508. <https://doi.org/10.7326/M17-2058>
- Lombardo, E. & Soliveres, C. (2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Revista Psicodébate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 19 (1), 51-61.
- Malishev, M. (2014). Kant: Ética del imperativo categórico. *La colmena*, 84, 9-21.
- Medina, M. L., Medina, M. G., Gauna, N. T., Molfino, L. & Merino, L. A. (2020). Evaluación del ambiente educacional en la residencia de Clínica Pediátrica en un Hospital de Referencia Provincial. *Educación Médica*, 21(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.013>
- Nordquist, J., Hall, J., Caverzagie, K., Snell, L., Chan, M.-K., Thoma, B., Razack, S. & Philibert, I. (2019). The clinical Learning Environment. *Medical Teacher*, 41(4), 366-372. Medline Complete. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1566601>
- Prieto-Miranda, S. E., Jiménez-Bernardino, C. A., Cázares-Ramírez, G., De Jesús Vera-Haro, M. & Esparza-Pérez, R. I. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Workdays and Their Impact on Medical Residents in a Second-Level Hospital*, 31 (6), 669-679. *MedicLatina*.
- Ramana Feeser, V., Zemore, Z., Appelbaum, N., Santen, S. A., Moll, J., Aboff, B. & Hemphill, R. R. (2019). Analysis of the Emergency Medicine Clinical Learning Environment. *AEM Education and Training*, 3(3), 286-290. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1002/aet2.10356>
- Rizo Vázquez, A. C., Pérez Lemus, J. F., Taureau Díaz, N., Gasca Hernández, E., Román Pleins, R. & Cejas Valdés, L. De Los Á. (2021). Caracterización del tutor como figura central en la formación del médico general integral. *MedicLatina*, 35(3), 1-16.
- Sánchez-Mendiola, M. (2014). ¿Aprender con la mente o con el corazón? Retos de la investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 3 (10), 63-64.
- Shimizu, T., Tsugawa, Y., Tanoue, Y., Konishi, R., Nishizaki, Y., Kishimoto, M., Shiojiri, T. & Tokuda, Y. (2013). The Hospital Educational Environment and Performance of Residents in the General Medicine In-Training Examination: A Multicenter Study in Japan. *International Journal of General Medicine*, 6, 637-640. Medline Complete. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45336>
- Vera Muñoz, M. A. M., Anzaldo Vera, N. & Anzaldo Vera, M. F. (2019). Ambiente clínico de aprendizaje-laboral y residentes médicos de instituciones de salud del sector público mexicano. *Revista Global de Negocios*, 13 (1), 67-81.